



TÜRK ÜROLOJİ DERGİSİ

Cilt : 12, Sayı : 4, 579-586 1986

ÜROGENİTAL TÜBERKÜLOZA BAĞLI TÜBERKÜLOZ PERİTONİTİ OLGUSU

(A CASE OF TUBERCULOUS PERITONITIS ORIGINATED FROM TUBERCULOSIS OF THE GENITOURINARY TRACT)

NANE, İ. TATLIŞEN, A. ÖZDİNÇ, S. (*)

Ürogenital tüberküloz olgularının % 60'ı 20-40 yaşlarındaki genç erişkinlerde sekonder olarak görülür (8).

Ülkemizde son yıllarda akciğer tüberkülozu yanında ürogenital tüberkülozunda arttığını belirten yayınlar mevcuttur (3, 4).

Başka bir merkezde kontrakte mesane tanısı ile ileosistoplasti ameliyatı yapılan ve bunu takiben tüberküloz peritoniti gelişen ilginç bir olguyu sunmak istedik.

OLGU RAPORU

1980/1983 protokol No.'lu M.A. 28 yaşında, erkek. Ateş, halsizlik, iştahsızlık, aşırı kilo kaybı ve sistizm şikâyetleri ile kliniğimize acilen başvurduğunda, yapılan fizik muayenesinde; genel durumu bozuk, turgor-tonusu azalmış, T.A.: 120/60 mmHg., Nabız: 144/dakika/ritmik ve koltuk altı ateş: 38°C olarak bulundu. Ayrıca göbek altı median insizyon skarı ve insizyonel herni, kurbağa karnı görünümü, sol göbek altında aşırı olmak üzere tüm batinında, hassasiyet, ileri derecede defans tespit edildi. Batın oskültasyonunda da barsak sesleri alınamadı. Hastada hıçkırık, gaz, gaita çıkaramama ve kusma mevcuttu.

Ürogenital fizik muayenede; penis, skrotum, testisler ve sağ epididim normal olarak bulundu, sol epididim kaudasında ise, 1 cm çapında, sert, nodüler bir kısım palpe edildi. Rektal tuşede; prostat yüzeyi düzensiz ve yer yer fibrotik, sert alanlarla kaplı olarak palpe edildi. Ayrıca, sol vezikula seminalis sertleşmiş ve kalınlaşmış olarak bulundu.

(*) Manisa SSK Hastanesi Üroloji Kliniği ve Cerrahi Kliniği.

Öz geçmişi : İki yıl önce başlayan sistizm ve şüpheli koit olmadığı halde üretral akıntı yakınmaları mevcutmuş. Müracaat ettiği doktorlar tarafından nonspesifik antibiotik tedavisi görmesine karşın yakınmalarında düzelme olmamış.

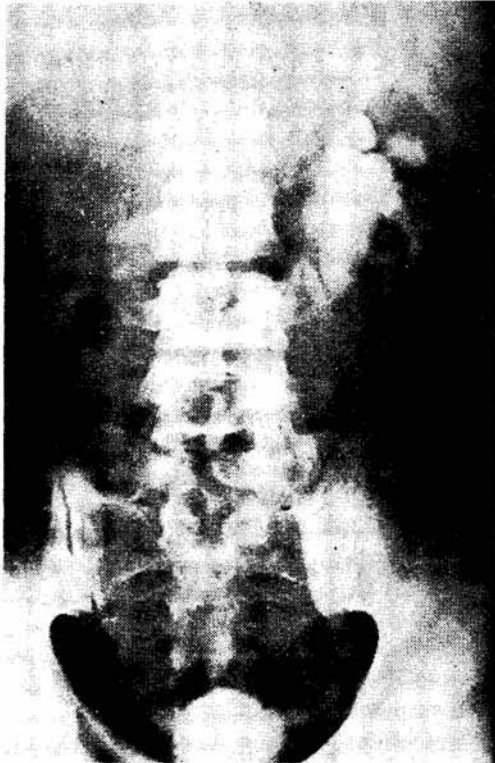
Soy geçmişi : Bir özelliği yok.

Böylece, başvurduğu merkeze 4.3.1983 tarihinde yatırılmış. Yatırıldığı merkezin verdiği epikrizden elde edilen bilgilere göre :

Laboratuvar bulguları :

Eritrosit : 3.860.000/mm³, hemoglobin: % 74, hematokrit: % 34, sedimentasyon: 1/2 saat: 25 mm, 1 saat: 65 mm, 2 saat: 95 mm, NPN: % 25 mg., A.K.Ş.: % 68 mg., total protein: % 6,6 g. albumin: % 3,2 g. globülin: % 3,4 g., kreatinin: % 1,6 mg. ve idrar sedimenti: bol lökosit olarak bulunmuş. 24 saatlik idrarda Löwenstein besisi yerine yapılan ekimde üreme olmamış.

Radyolojik tetkiklerde; İ.V.P.'de (24.1.1983), sağ böbrekte fonksiyon yokluğu, solda hidronefroz, hidroüreter ve veziko-üreteral reflü, ayrıca kontrakte mesane tespit edilmiş (RESİM 1).



Resim 1

Enstrümental muayeneler sonucu; mesane kapasitesi 60 cc. olarak bulunmuş.

Yapılan bu tetkikler sonucu kontrakte mesane tanısı konularak hasta 3.5.1983 tarihinde ameliyata alınmış. Ameliyatta ileumun distal tarafta kalan 15 cm'lik kısmı rezekle edilerek serbestleştirilmiş, çıkarılan bu ileal segmentin distal kısmı gömülerek kapatılmış, serbest kısım mesanenin kubbesine anastomoze edilmiş. Hasta 1.6.1983 tarihinde şifa ile çıkarılmış.

Ancak, sistizm yakınmaları ve üriner infeksiyonu devam eden hasta ekim 1983'de aynı merkezde bir ay daha yatırılmış ve nonspesifik medikal tedavi gördükten sonra taburcu edilmiş.

Bizim laboratuvar bulgularımız :

Eritrosit: 3.500.000/mm³, lökosit: 48.000/mm³, hemoglobin: % 64, hematokrit: % 30, sedimantasyon: 1/2 saat: 40 mm, 1 saat: 82 mm, AKŞ.: % 148 mg., NPN.: % 70 mg., total protein: % 5,8 g., İdrar sedimenti: Bol eritrosit, 8-10 lökosit olarak saptandı.

Radyolojik Tetkik :

Ayakta direkt batin grafisinde yer yer gaz ve sıvı seviyeleri mevcuttu.

Hastada akut batin düşünülerek genel cerrahi uzmanı ile birlikte acilen ameliyata alındı.

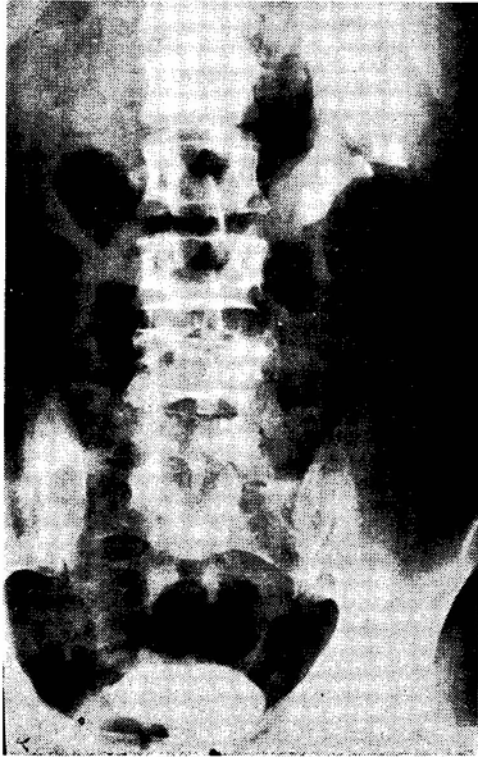
15.11.1983 tarih ve 1983/20 protokol numarası ile ameliyata alınan hastaya G.A.A. eski insiyon yerinden kesi yapıldı. Cild, cildaltı geçildi. Ancak barsaklar fasyaya yapışık, aşırı derecede ödemli, üzerleri fibrin membranları ile kaplı olduğu ve serbestleştirmek mümkün olmadığı için ayrı bir sol göbek altı paramedian insizyonu ile batına girildi. Batının abse ile dolu olduğu görüldü ve 1500 cc. pürülan materyal aspire edildi. İleumu saran fibrin membranları temizlenerek ileus giderildi. Kanama kontrolünden sonra Douglasa 1 adet lastik dren konup katlar sırasıyla kapatılarak ameliyata son verildi.

Ameliyatta abse materyalinden alınan örnekten yapılan direkt ARB aranması pozitif geldikten sonra uygulanmakta olan antibiotik tedavisi postoperatif yedinci günde spesifik antitüberkülo tedaviye dönüştürüldü. Postoperatif üçüncü günde hasta oral beslenmeye alındı. Yedinci gündeki NPN.: % 24 mg., lökosit: 12.000/mm³, sedimantasyon: 1/2 saat: 13 mm, 1 saat: 28 mm olarak bulundu. Genel durumu tamamen düzelen hasta postoperatif yirmikinci günde antitüberkülo tedavisi evinde sürdürmek ve poliklinikten takip edilmek üzere şifa ile çıkarıldı.

Hastanın her ay periyodik olarak yapılan idrar tetkiklerinde albumin;

(eser) olarak bulunuyor ve sedimentte de; bol eritrosit, 10-15 lökosit görülmüyordu.

Bir yıl sonra yapılan kontrol İ.V.P.'sinde (24.12.1984); sağ böbrekte yine fonksiyon gözlenemedi. Buna karşın sol böbrek kalisiyel yapılarının normale döndüğü, hidroüreter halinin kaybolduğu ve eski kontrakte mesane görünümünün normal mesane görünümüne dönüştüğü saptandı (RESİM 2).



Resim 2

Böylece antitüberkülo tedaviye bir yıl daha devam edilmesine karar verildi.

Antitüberkülo tedavinin ikinci yılında yapılan idrar tetkiklerinde; albumin negatif, sediment; 5-6 eritrosit, 1-2 lökosit olarak bulundu ve direkt ARB aranması da negatif olarak geldi.

Böylece antitüberkülo tedaviye son verildi.

Hastaya yapılan assandan üretrosisto ve voiding sistografilerde (6.9.1985); mesane kapasitesinin normale göre küçük, ancak eskisine göre daha iyi ve konturlarının düzgün olduğu görüldü. Ayrıca mesane sol yan

duvarında divertikülü andıran bir görünüm saptandı. Posterior üretrada genişlemiş prostat kanallıklarına uyan görünüm ve membranöz üretrada da kısmi bir darlık mevcuttu. Tüm bu grafilerde veziko-üreteral reflü izlenemedi (RESİM 3, 4).



Resim 3



Resim 4

Hastanın iki yıl sonra yapılan İ.V.P.'sinde (1.10.1985); 24.12.1984 tarihinde çekilen İ.V.P. bulgularının aynısı mevcuttu (RESİM 5).

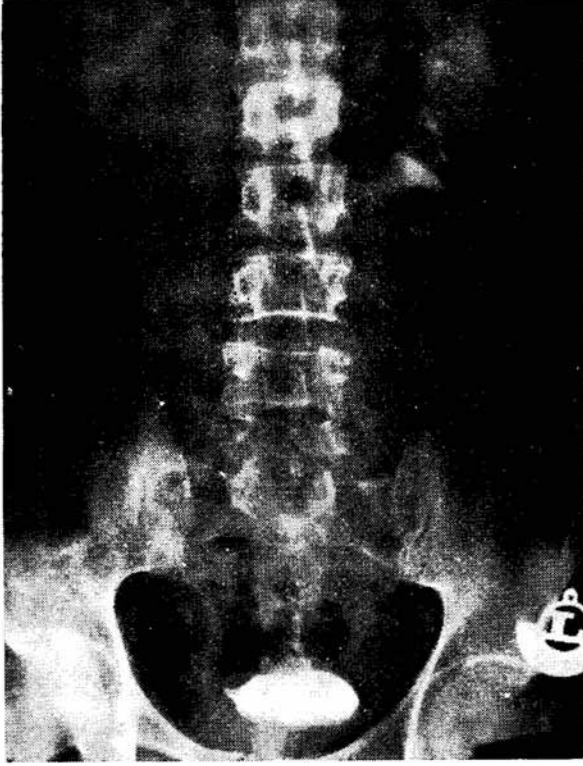
TARTIŞMA

Ürogenital sistemde tüberküloz basilleri ilk olarak böbreklerde yerleşir. Fakat böbrek tüberkülozu sistemin anatomik yapısının özelliğinden dolayı süratle üriner sistemin diğer organlarına ve hatta erkeklerde genital organlara yayılma gösterir. Bu özellik nedeniyle, klinikte saptanan bir tüberküloz olgusunda üriner ve genital sistem tüberkülozu semptomlarını birarada görmek olasıdır (5).

Böbrek tüberkülozu olgularının % 80'i klinikte pollaküri ve dizüri gibi vezikal semptomlarla kendini belli eder (5). Renal semptomlar fazla belirgin değildir. Bazen lomber bölgelerde künt bir ağrı olabilir. Renal ve üreteral

kolik ise; kan pıhtısı, sekonder taş veya nekrotik bir dokunun geçişi sırasında ortaya çıkabilir (8).

Erkek genital sistem tüberkülozu özellikle başlangıçta semptomsuzdur. Çoğu olgularda ilk belirti akut bir epididimittir. Palpasyonda organ satırlarında düzensizlik, sert nodüller ve bazen fluktuan abseler saptanması tüberkülozu düşündürür. Tüberküloz epididimite kronik skrotal fistüller saptanır (5, 8).



Resim 5

Bugün ürogenital tüberkülozu teşhis etmek için elimizde birçok laboratuvar, radyolojik ve endoskopik olanaklar olmasına karşın, hastalığın sinsi seyri nedeniyle hastaların geç başvurması sonucu birçok komplikasyonlarla karşılaşmaktayız.

Ürogenital sistem tüberkülozunun komplikasyonları arasında adı geçen üreterin fibrozis ile tamamen daralması sonucu gelişen böbreğin fonksiyonunu tümünden kaybetmesi olan otonefrektomi hali (5, 8) hastamızın sağ böbreği için söz konusuydu. Kronik nonspesifik ve spesifik mesane infeksiyonları zamanla detrusorda fibrozise yol açarak mesane kapasitesini

azaltırlar. Bu hastalıkların ayırıcı tanısı bzen oldukça güç olmaktadır. Ürogenital sistem tüberkülozunun tanısı için en güvenilir laboratuvar yöntemlerden biri olan 24 saatlik idrar sedimentinde tüberküloz basili aranmasının bazı kaynaklarda % 60 (8), bazı kaynaklarda % 90 (5) gibi yüksek oranlarda pozitif sonuç verdiği, yine idrarda tüberküloz basili üretmek için yapılan kültürlerde % 90'a kadar varan oranlarda üreme olduğu belirtilmektedir (7). Ne var ki Göğüş ve arkadaşları yaptıkları çalışmada idrar sedimentinde % 17,9 oranında tüberküloz basili bulabilmişler ve yapılan tüberküloz kültür sonuçları ise, tüm olgularda negatif gelmiştir (2). Karabay ve Öztan da yaptıkları çalışmada idrarda basil bulunması veya üretilmesinin tanıda güvenilir bir ölçü olmadığını belirtmişlerdir (4).

Tüberkülozdan kuvvetle şüphelenildiği halde idrar kültürlerinde ne tüberküloz basili ne de başka bir mikroorganizma izole edilemeyen olgularda sadece tüberküloz basiline etkili isoniazid-pirazinamid-ethambutol kombinasyonu kullanılarak semptomlarda düzelme olursa tedaviden teşhise varmanın yararlı olabileceği bildirilmiştir (6).

Başka bir merkezde ileosistoplasti ameliyatı geçiren olgumuzda daha önceden ürogenital tüberküloz araştırıldığı halde sonuç negatif bulunmuş, bunun üzerine mesane kapasitesini genişletmek için yukarıdaki ameliyat uygulanmıştı. Ameliyat sonrası hastanın genel durumunun düzelmediği gibi, giderek bozulması ve sonunda tüberküloz peritoniti tablosu ile bize başvurması, bu tablonun ürogenital tüberküloz sonucu geliştiğini düşündürmüştür.

Tüberküloz basilleri peritona en azından dört mekanizma ile yerleşebilir : 1— Enfekte barsak duvarı yoluyla yayılma; 2— mezenterik lenf nodülünden; 3— enfekte fallop tüpünden; 4— dissemine tüberkülozun seyri sırasında hematojen yolla yayılmadan (9).

Hasta genellikle 2 ile 4 aylık bir zayıflama, gece terlemeleri, iştahsızlık, kilo kaybı ve karın şişliği hikâyesi verir. Fizik muayenede, tek bulgu periton boşluğundaki serbest sıvıya ait olabilir. Bazen karında hamur kıvamı bulunur ve şüpheli kitleler dikkati çekebilir (1).

Benzer tablo ile bize gelen hastanın laparotomi sırasında periton boşluğundan boşaltılan abse materyalinden yapılan yaymada tüberküloz basilleri görülmesi ve postoperatif devrede uygulanan antitüberkülo tedavi ile hastanın genel durumu yanında üriner şikâyetlerinin ve radyolojik bulguların süratle düzelmesi ürogenital tüberküloz kaynaklı bir tüberküloz peritoniti olgusu ile karşı karşıya kaldığımız düşüncesini çok kuvvetlendirmiştir. Olgumuza ileosistoplasti ameliyatından önce uygulanacak bir antitüberkülo deneme tedavisi bu tablonun gelişmesini önleyebilecekti düşüncesindedir.

Kesin teşhisi zor olan ürogenital tüberküloz olgularında hiç olmazsa yapılması tasarlanan ürolojik operasyonlardan önce antitüberküloz deneme tedavisi yapmakla fazla birşey kaybetmeyeceğimizi, en azından bu tür komplikasyonları önleyebileceğimizi savunuyoruz.

Ö Z E T

Başka bir merkezde kontrakte mesane tanısı ile ileosistoplasti ameliyatı yapılan ve bunu takiben tüberküloz peritoniti gelişen ilginç bir olgu sunulmuştur. Olgumuz nedeniyle literatür gözden geçirilerek tartışılmıştır.

SUMMARY

An interesting case which was applied an ileocystoplasty operation at another center with the diagnosis of contracted urinary bladder, later followed by tuberculous peritonitis is presented. Because of this case literature has been reviewed and discussed.

KAYNAKLAR

- 1 — **DUNPHY, J.E.**: Tuberculous peritonitis. In Dunphy, J.E., and Way, L.W. (Eds.): Current Surgical Diagnosis and Treatment, 3rd edition, Lange Medical Publications, Los Altos, California, 1977, 453.
- 2 — **GÖĞÜŞ, O., GÜNALP, İ., MÜFTÜOĞLU, MUT, Ş.**: Üriner sistem tüberkülozu, Türk Üroloji Dergisi, cilt 9, sayı 1; 77, 1983.
- 3 — **KARABAY, K.**: Ürogenital tüberküloz. Çağdaş Tıp Dergisi, cilt 4, sayı 19; 785, 1976.
- 4 — **KARABAY, K.**: Öztan, E.: Ürogenital sistem tüberkülozu. Türk Üroloji Dergisi, cilt VII, sayı 4; 209-215. 1981.
- 5 — **KORKUD, G.**: Üroloji. İsmail Akgün Matbaası, İstanbul, 192-193. 1965.
- 6 — **SADE, M.**: Ürogenital tüberkülozun medikal tedavisi. Türk Üroloji Dergisi, cilt 9, sayı 2; 131, 1983.
- 7 — **SIMON, H.B., and others**: Genitourinary tuberculosis. Clinical features in general hospital population. Am. J. Med, 63 : 410, 1977.
- 8 — **SMITH, D.R.**: Specific Infections of the Urinary Tract. In Smith, D.R. (Ed.): General Urology, 9th edition, Lange Medical Publications, Los Altos, California, 189-195, 1978.
- 9 — **STEAD, W.W.**: Tuberculosis. In Wintrobe, M.M., Thorn, G.W., Adams, R.D., Bennett, I.L., Braunwald, E., Isselbacher, K.J. and Petersdorf, R.G. (Eds.): Harrison's Principles of Internal Medicine, sixth edition, A Blakiston Publication, Kogakush Company, LTD., Tokyo, 874, 1970.